

UNIVERSITÉ DE PARIS

FACULTÉ DE MÉDECINE

Année 1923

57

Des

CORRECTIONS COSMÉTIQUES
DE LA PYRAMIDE NASALE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE PAR

Paul GÉRARD

né le 5 Juin 1889, à Saint-Junien (Haute-Vienne)

EXTERNE DES HÔPITAUX DE PARIS

Professeur : P. SEBILEAU

PROFESSEUR DE CLINIQUE OTO-RHINO-LARYNGOLOGIQUE

PARIS

ÉDITIONS DE LA "VIE UNIVERSITAIRE"

13, Quai Conti, 13 (iv^e)

1923

**Des Corrections Cosmétiques
de la Pyramide nasale**

UNIVERSITÉ DE PARIS

FACULTÉ DE MÉDECINE

Année 1923

N°

Des
CORRECTIONS COSMÉTIQUES
DE LA PYRAMIDE NASALE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE PAR

Paul GÉRARD

né le 5 Juin 1889, à Saint-Junien (Haute-Vienne)

EXTERNE DES HOPITAUX DE PARIS

*Professeur : P. SEBILEAU **

PROFESSEUR DE CLINIQUE OTO-RHINO-LARYNGOLOGIQUE

PARIS

ÉDITIONS DE LA " VIE UNIVERSITAIRE "

13, Quai Conti, 13 (IV°)

1923

LE DOYEN : M. ROGER

PROFESSEURS

Anatomie	MM.
Anatomie médico-chirurgicale	NICOLAS.
Physiologie	CUNÉO.
Physique médicale.	CH. RICHEL.
Chimie organique et chimie générale	ANDRÉ BROCA.
Bactériologie	DESGREZ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BEZANÇON.
Pathologie et thérapeutique générales.	BRUMPT.
Pathologie médicale	MARCEL LABBÉ.
Pathologie chirurgicale	RENON.
Anatomie pathologique	LECÈNE.
Histologie	LETULLE.
Pharmacologie et matière médicale.	PRENANT.
Thérapeutique	POUCHET.
Hygiène.	CARNOT.
Médecine légale	BERNARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BALTHAZARD.
Pathologie expérimentale et comparée.	MÉNÉTRIÉR.
	ROGER.
	ACHARD.
Clinique médicale	WIDAL.
	GILBERT.
	CHAUFFARD.
Hygiène et clinique de la première enfance	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	N***
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux	P. MARIE.
Clinique des maladies contagieuses.	TEISSIER.
	DELBET.
Clinique chirurgicale	LEJARS.
	HARTMANN.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE.
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU.
	BAR.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	BRINDEAU.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile	AUGUSTE BROCA.
Clinique thérapeutique	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGEANT.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.	MM.	MM.	MM.
ABRAMI.	DUVOIR.	LARDENNOIS.	RATHERY.
ALGLAVE.	FIESSINGER.	LE LORIER.	RETTERRER.
BASSET.	GARNIER.	LEMIERRE.	RIBIERRE.
BAUDOUIN.	GOUGEROT.	LEQUEUX.	RICHAUD.
BLANCHETIÈRE.	GRÉGOIRE.	LEREBoullet.	ROUSSY.
BRANCA.	GUÉNIOT.	LÉRI.	ROUVIÈRE.
CAMUS.	GUILLAIN.	LÉVY-SOLAL.	SCHWARTZ.
CHAMPY.	GUILLEMINOT.	MATHIEU.	TANON.
CHEVASSU.	HEITZ-BOYER.	METZGER.	TERRIEN.
CHIRAY.	JOYEUX.	MOCQUOT.	TIFFENEAU.
CLERC.	LABBÉ (HENRI).	MULON.	VILLARET.
DEBRÉ.	LAIGNEL-LAVASTINE.	OKINCZYC.	
DESMAREST.	LANGLOIS.	PHILIBERT.	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. le Professeur P. SEBILEAU ✱

Professeur de Clinique Oto-Rhino-Laryngologique

A M. LE DOCTEUR ROUGET

Oto-Rhino-Laryngologiste des Hôpitaux

*qui a bien voulu nous fournir le sujet
de cette thèse*

A MON PÈRE

(in memoriam).

A MA MÈRE

(in memoriam).

A MA SŒUR

(en témoignage de ma profonde affection).

A MON COUSIN

M. le Docteur LOUIS VOUZELLE

Professeur de Clinique Obstétricale à l'Ecole de Limoges

*(Faible témoignage de reconnaissance
pour tous les affectueux conseils qu'il a bien voulu
nous donner au cours de nos études).*

A MES MAITRES DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE
DE LIMOGES

MM. les Docteurs

FILHOULAUD (Externat).

BOULLAND (Externat).

RAYMONDAUD (Internat).

A MES MAITRES DES HOPITAUX DE PARIS

M. le Docteur MACÉ (Externat 1919),
Accoucheur des Hôpitaux.

M. le Docteur GUINON (Externat 1919-1920),
Médecin des Hôpitaux.

M. le Professeur agrégé RATHERY (Externat 1920-1921),
Médecin des Hôpitaux.

M. le Docteur GRIVOT (Externat 1921-1922),
Oto-Rhino-Laryngologiste des Hôpitaux.

INTRODUCTION

Nous éliminerons d'emblée du cadre de cette étude, les difformités nasales de nature pathologique et traumatique.

La syphilis, la tuberculose entraînent de par leur localisation nasale, des destructions ou des dislocations du squelette qui troublent de façon irrémédiable l'équilibre cosmétique de la face.

De même les traumatismes entraînant des pertes de substance, atteignant les ligaments, le cartilage ou l'os font des blessures de la région nasale, un des traumatismes les plus mutilants qui existe.

Le nez, en effet, quels que soient son type, sa forme, est un élément fondamental de la cosmétique faciale. Tel aspect nasal, dont la constitution anatomique est normale, devient mutilant par le caractère qu'il imprime à la physionomie au point, dans certains cas, d'influer sur l'évolution sociale de l'individu.

Tel nez trop volumineux, trop busqué ou, au contraire, atrésié, attire de prime abord le regard, à telle enseigne que celui qui en est porteur vient demander secours contre une difformité nasale qui finit par lui être à charge. Sans vouloir évoquer le cas célèbre de Cyrano de Bergerac, que Rostand a si magistralement dépeint, nous voulons beaucoup plutôt rappeler dans ce travail qui servira de conclusion à nos études médicales, l'observation suivante de Blandin rapportée dans le " Traité pratique d'Anatomie chirurgicale " de Richet.

« Un jeune homme, éperduement amoureux d'une jeune
« fille près de laquelle il ne pouvait se faire agréer, finit
« par découvrir que ce refus obstiné n'avait pas d'autre
« cause que la forme disgracieuse de son nez. Il alla trou-
« ver Blandin et, après lui avoir expliqué dans quelle
« situation il se trouvait, le supplia de remédier à sa dif-
« formité. Le nez, prodigieusement busqué dans sa partie
« moyenne, présentait cette courbure particulière désignée
« sous le nom de bec de corbeau, mais exagérée et portée
« à un degré vraiment ridicule. Blandin rejeta d'abord
« bien loin toute idée d'opération et essaya de lui persua-
« der que son nez n'était pas aussi déplaisant qu'il paraîs-
« sait le croire : tout fut inutile. Aussi voyant le désespoir
« profond de ce malheureux, et sa résolution bien arrêtée
« d'attenter à ses jours dans le cas où toute espérance lui
« serait enlevée de ce côté, le chirurgien l'ayant examiné
« avec plus d'attention, après plusieurs essais sur le cada-
« vre, se décida à tenter l'opération que voici : il prati-
« qua sur la ligne médiane une incision abaissée de la ra-
« cine à la base, puis, après avoir mis à nu et isolé la lame
« cartilagineuse perpendiculaire, en réséqua toute la partie
« exubérante et réunit ensuite les ligaments à l'aide de la
« suture entortillée comme pour le bec de lièvre. L'opéra-
« tion eût un plein succès : la cicatrice linéaire était invi-
« sible et le nez ramené à des proportions très acceptables.
« J'ai souvent entendu dire à Blandin, qui rapportait cette
« histoire avec complaisance dans ses cours, qu'il n'avait
« jamais rencontré de malade plus reconnaissant, ni
« éprouvé, de son côté, de la réussite d'une opération, un
« plus grand bonheur. »

Cette observation est, à notre connaissance, la première
en date. Blandin pratiquant une opération purement

esthétique et qui n'entraînait aucun trouble fonctionnel, méritait donc d'être cité dans les premières pages de ce travail.

Nous commencerons dans un premier chapitre par rappeler la structure anatomique du squelette de la Pyramide nasale.

Ce rappel anatomique nous facilitera le classement des différents types nasaux ; il nous sera un élément indispensable pour exposer la technique qui s'offre pour chacune de ces déformations.

CHAPITRE PREMIER

Anatomie du squelette de la Pyramide nasale

La pyramide nasale se présente comme un auvent destiné à protéger les voies olfactives.

Cet auvent, qui présente sur la ligne médiane une arête vive, est soutenu par une cloison médiane séparatrice des deux fosses nasales. Nous étudierons successivement : le squelette de l'auvent et le squelette de la cloison.

SQUELETTE DE L'AUVENT

Le squelette du nez est constitué par deux portions : une osseuse, l'autre cartilagineuse. Le squelette osseux répond surtout au point de vue qui nous occupe aux os propres du nez et à la branche montante du maxillaire supérieur.

Les os propres par leur face externe, cutanée, lisse, ne sont pas plans.

Ils présentent en effet une très légère convexité externe dans le sens transversal, alors que dans le sens vertical ils présentent une très légère concavité supérieure à laquelle fait suite une convexité inférieure occupant les deux tiers inférieurs de l'os.

S'articulant en haut avec le frontal, ils s'unissent l'un à l'autre par leur bord interne, alors que leur bord externe vient s'unir avec le bord antérieur de l'apophyse montante du maxillaire. Celle-ci s'implante sur l'angle antéro-supérieur de la tubérosité par une base large, elle présente dans son ensemble une très légère torsion : la face basale antéro-externe regardant dans son segment supérieur plus franchement en dehors.

Cette apophyse montante s'articule par son bord antérieur avec les os propres du nez ; mais cette synostose est située, chez un individu normalement constitué, au fond d'un sillon dont l'expression cutanée est le segment supérieur du sillon naso-génien.

L'importance cosmétique de ce sillon est considérable. Nous aurons à y revenir ultérieurement en étudiant les différents types de difformités nasales.

Le bord inférieur des os propres constitue avec le bord antéro-interne de la tubérosité du maxillaire le versant latéral de l'orifice codiforme, bord mince et tranchant sur lequel vient prendre point d'appui, le squelette cartilagineux de l'auvent.

La portion cartilagineuse prolonge en bas le nez osseux ; les pièces qui la constituent sont :

1° Les 2/3 inférieurs du bord antérieur du cartilage quadrangulaire avec ses expansions aliformes encastrées entre le bord inférieur des nasaux et le bord interne des cartilages suivants ;

2° Les cartilages triangulaires ou latéraux au nombre de deux, droit et gauche, qui combler l'espace entre l'orifice piriforme et le bord latéral des expansions aliformes ;

3° Les cartilages alaires au nombre de deux, l'un droit, l'autre gauche ; ils sont recourbés en un crochet dont les

deux branches circonscrivent les ouvertures des narines. Tous ces cartilages sont revêtus d'un périchondre épais.

SQUELETTE DE LA CLOISON

La cloison a un squelette également mi-osseux, mi-cartilagineux. Mais alors que le squelette osseux, constitué par la lame perpendiculaire de l'ethmoïde et le vomer, appartient plutôt aux fosses nasales proprement dites qu'à l'auvent, le squelette cartilagineux, au contraire, joue un rôle fondamental dans les vices de forme de la pyramide nasale. Ce segment cartilagineux est constitué par une pièce fondamentale : le cartilage quadrangulaire auquel s'ajoutent deux formations cartilagineuses antéro-inférieures : l'une constante, le cartilage de la sous-cloison, l'autre inconstante, le cartilage de Huschké.

Le cartilage quadrangulaire, par son bord postéro-supérieur, est ethmoïdal, alors que son bord postéro-inférieur est vomérien. Son bord antéro-inférieur est libre, son bord antéro-supérieur mérite de nous arrêter un instant.

Ce bord, en effet, n'est pas rectiligne. Il s'articule par ses 2/3 supérieurs avec l'épine nasale du frontal en haut, et se fixe par deux expansions oliformes dans la synostose des deux os du nez. Son tiers inférieur est au contraire libre et répond au sillon qui sépare les cartilages triangulaires et alaires de leur symétrique. Normalement, la région des processus aliformes (qui débordent et comblent l'encoche médiane des os nasaux) fait une légère saillie répondant à la base nasale des nez de type normal.

Le cartilage de Huschké est une petite pièce cartilagi-

neuse par laquelle le bord postéro-inférieur du cartilage quadrangulaire prend contact avec l'épine nasale inférieure du maxillaire supérieur et, dans certains cas, avec le segment tout inférieur du bord vomérien.

Quant au cartilage de la sous-cloison, il prolonge le bord antéro-inférieur du cartilage quadrangulaire, pour venir s'insérer en arrière sur la ligne d'union des deux maxillaires supérieurs (épine nasale du maxillaire).

Tels sont les éléments constituant le squelette de la pyramide nasale et les notions que nous venons d'exposer vont nous permettre d'établir une classification dans les différents types de déformations nasales.

CHAPITRE II

Classification des difformités nasales

P. Laurens, adoptant la classification du Professeur Joseph, de Berlin, divise les déformations nasales de la façon suivante :

I. — **Déformations Partielles** (intéressant soit la partie fixe osseuse du nez, soit la partie mobile cartilagineuse).

A) DÉFORMATIONS DE LA PARTIE FIXE

1° *Largeur excessive des parties osseuses.*

a) bilatérale.

b) unilatérale.

2° *Saillie osseuse.*

B) DÉFORMATIONS DE LA PARTIE MOBILE

1° *Voussure des cartilages triangulaires.*

a) bilatérale.

b) unilatérale.

2° *Déformation du lobule du nez.*

- a) Simple épaissement de la peau.
- b) Epaissement globuleux de la pointe.
- c) Double saillie globuleuse.
- d) Pointe en forme de bec.
- e) Pointe aplatie.
- f) Pointe en forme de crochet (nez de diable).

3° *Déformations de la sous-cloison.*

- a) Obliquité.
- b) Développement anormal (cloison pendante).

II. — **Déformations totales** (intéressant à la fois la partie fixe, osseuse et la partie mobile cartilagineuse).

- 1° *Long nez crochu* (exagération du nez semite).
- 2° *Nez à pointe saillant en avant* (nez de clown retroussé).
- 3° *Nez droit épaissi avec saillant osseux.*
- 4° *Nez uniformément large et saillant* (acromégalique).
- 5° *Nez scoliotique* (tordu).
- 6° *Obliquité de tout le nez.*

Nous basant sur la structure anatomique du nez, il nous semble plus schématique de classer les déformations nasales dues à des troubles squelettiques en trois catégories.

DIFFORMITÉS PAR EXCÈS.

DIFFORMITÉS PAR DÉFAUT.

DIFFORMITÉS PAR VICE D'ARTICULATION.

Ces trois catégories peuvent d'ailleurs se pénétrer dans des types complexes, mais chaque élément d'un type complexe ressortit en ce qui le concerne au traitement d'un des trois types fondamentaux.

DIFFORMITÉS PAR EXCÈS. — Il reste bien entendu que nous éliminerons du cadre de cette étude les déformations qui relèvent d'épaississement cutané, le plus souvent de nature pathologique.

Ces anomalies par excès comprennent trois types ; le plus net consiste en une exagération de l'angulation du bord antérieur du cartilage quadrangulaire :

Ce sont les nez *cyphotiques* ou nez *busqués*.

Le second type est dû à un excès dans les dimensions antéro-postérieures du cartilage de la cloison :

C'est le nez *aquilin*.

Enfin le troisième type relève de la disparition du sillon répondant à la suture des os propres et de l'apophyse montante :

C'est le nez *épaté*.

On peut rattacher à cette catégorie des déformations d'ordre congénital relevant d'un développement anormal de la sous-cloison entraînant un recourbement en crochet de la pointe du nez, laquelle peut-être hypertrophiée :

C'est le nez *de diable*.

DIFFORMITÉS PAR DÉFAUT. — La plus commune est le nez *en selle*, nez de clown, nez retroussé ; caractérisée par l'existence d'une ensellure du dos du nez remplaçant la bosse nasale ; la pointe du nez saille de ce fait en avant.

Cette difformité résulte d'une inversion dans l'angulation du bord antérieur du cartilage quadrangulaire dont les deux segments constituent alors un angle obtus ouvert en avant.

Enfin le nez *de chien* est caractérisé par l'existence d'un sillon plus ou moins profond dédoublant l'arête nasale dans le segment cartilagineux.

Ce sillon relève de ce fait anatomique que le bord antérieur de la cloison dans son tiers inférieur n'arrive pas jusqu'au bord interne des cartilages triangulaires.

DIFFORMITÉS PAR VICE D'ARTICULATION. — Ce sont les *nez tordus* ou *scoliotiques*. Les déviations de l'axe de la pyramide qui portent sur le segment osseux du squelette sont, dans la presque totalité, des cas d'origine traumatique ; nous les envisagerons cependant.

Mais la fréquence d'un traumatisme léger, souvent inaperçu, la non co-existence de brides cicatricielles ou de synéchies, font rentrer ces nez traumatiques dans le cadre de la chirurgie cosmétique de la pyramide nasale.

CHAPITRE III

Des règles générales qui doivent présider au traitement de ces difformités nasales

Le traitement dont relèvent les différents types de ces difformités est dominé par des règles générales que dicte la plus simple logique.

Etant donné qu'en dehors de cas très spéciaux où la difformité peut entraîner une défiguration de l'individu, communiquant à son faciès un caractère ridicule, les diverses déformations de la pyramide nasale ne sont attaquées que dans un but de pur esthétique, *le traitement doit en être prudent.*

Ce traitement doit s'effectuer autant que possible sans cicatrice cutanée, du moins apparente, et surtout il ne doit faire courir à l'individu aucun risque d'aggravation de cette difformité et aucun danger d'infection. Ce sont ces lois qui, d'une part, ont donné pendant une période assez longue la préférence à des injections de substances plastiques ; mais celles-ci se sont montrées quelquefois inopérantes, n'accordant qu'un bénéfice transitoire, et les quelques cas où ces injections se sont révélées nocives les ont fait tomber en défaveur.

De plus, cette technique des injections plastiques, si elle convenait parfaitement aux déformations par défaut, ne pouvait s'appliquer aux déformations par excès.

La cure de celles-ci date du jour où Trendelenburg tenta la première opération endo-nasale, mais il faut néanmoins reconnaître que c'est à Joseph, de Berlin, que revient le mérite d'avoir codifié les techniques dont relève le traitement des différents cas.

On pratiquera donc, chaque fois que possible, l'abord par la voie endo-nasale. Mais les fosses nasales sont des cavités essentiellement septiques dont le vestibule est encombré de poils, de vibrisses ; il est, de plus, des difformités telles que les déviations, les éperons, les crêtes de cloison, qui créent une cause adjuvante à l'infection des fosses nasales.

Il faudra donc, avant de pratiquer une intervention nasale quelle qu'elle soit, assurer, là comme partout, une désinfection soigneuse du champ opératoire.

Dans ce but, on prescrira avantageusement, dans les jours qui précéderont l'intervention, des inhalations bi-quotidiennes de vapeur d'eau chargée de substances légèrement antiseptiques et non irritantes, telles que :

l'Eucalyptol,
le Benjoin,

et on fera succéder à ces inhalations des pulvérisations d'huiles antiseptiques, huile goménolée, huile eucalyptolée, argent colloïdal en solution huileuse. M. Moulonguet préconise la désinfection de la muqueuse nasale par simple badigeonnage d'argirol au 1/20^e.

La désinfection ou l'antiseptie des fosses nasales étant obtenue, il faudra, au moment de l'intervention, assurer l'aseptie du champ opératoire en coupant au ras les vibrisses et en badigeonnant soigneusement la narine avec un tampon imbibé d'alcool.

Le reste du champ opératoire (revêtement cutané du

nez et lèvre supérieure rasés), sera désinfecté avec de la teinture d'iode dédoublée.

Quant à l'anesthésie, elle ne saurait relever d'un procédé unique.

Certaines de ces interventions, le plus grand nombre, relèvent de l'anesthésie locale obtenue par simple badigeonnage de la muqueuse avec une solution au 1/10^e de cocaïne additionnée de quelques gouttes d'adrenaline, puis infiltration des parties molles du nez avec une solution aux deux centièmes de novococaïne additionnée d'une solution d'adrenaline au millième : une goutte par centimètre cube de solution.

Un quart d'heure avant l'opération, injection sous-cutanée d'un centigramme de morphine et de trois dixièmes de milligramme de scopolamine (M. Moulonguet).

L'aiguille longue de 6 centimètres, montée sur une seringue de Lürer, pique la peau de la narine immédiatement au-dessus du pli vestibulaire supérieur, passe à la face externe du cartilage triangulaire, puis glisse entre la peau et la charpente ostéocartilagineuse du nez, infiltrant largement les tissus jusqu'à la racine du nez.

Dans certains cas, soit que le champ opératoire soit moins facile à délimiter, soit que la cure de la difformité nécessite le prélèvement d'un greffon en un point éloigné, on est obligé d'avoir recours à l'anesthésie générale. Celle-ci suivant la durée et l'importance de l'intervention sera obtenue à l'aide : de chlorure d'éthyle donné avec le masque de Camus ou bien avec de l'éther ou du chloroforme.

Dans cette dernière éventualité, afin de réaliser une opération aussi aseptique que possible, on utilisera toujours un mode d'anesthésie à distance et on donnera la préférence à l'appareil à inhalation chloroformique

destiné aux opérations, portant sur les lèvres et la face, de M. le Professeur Delbet.

Disons tout de suite que le résultat esthétique n'est jamais obtenu immédiatement. Les sections osseuses suintant sous la peau décollée, il en résulte un gonflement et une teinte ecchymotique des téguments qui persistent pendant une dizaine de jours.

Il arrive également que, dans certains cas, malgré les précautions les plus minutieuses d'antisepsie préventive et d'aseptie opératoire, il se produise une réaction inflammatoire avec légère augmentation thermique.

Cette réaction, qui cède en général en 24 heures à la balnéation chaude et aux pulvérisations antiseptiques, n'a jamais eu d'influence regrettable sur l'évolution de la restauration cosmétique.

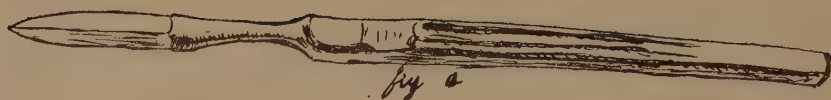


fig a

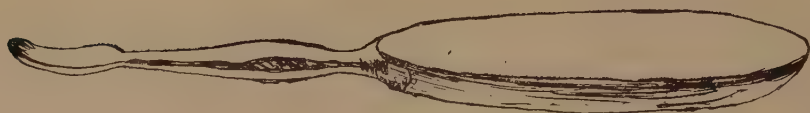


fig b.



fig c.

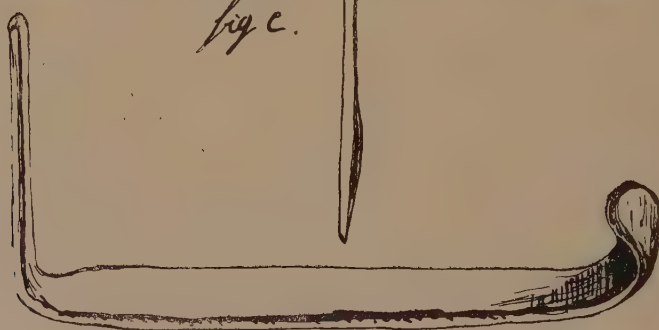


fig d.



fig e.



fig f.

(a) Couteau de Joseph ; (b) Rugine de Joseph ; (c) Rabot rétrograde ; (d) Ecarteur ;
(e) Rape ; (f) Couteau coudé de Joseph.

CHAPITRE IV

Traitement des difformités par excès

I. — TRAITEMENT DU NEZ CYPHOTIQUE

Les différentes techniques décrites en France sont toutes inspirées des travaux de Joseph. L'instrumentation de Joseph nécessaire à cette intervention se compose des diverses pièces reproduites ci-contre. En janvier 1922, un exposé de l'acte opératoire a été fait par M. Moulonguet qui l'expose de la façon suivante :

a) *Incision et dénudation.*

Avec un couteau à double tranchant, on incise la muqueuse nasale parallèlement au pli vestibulaire supérieur et immédiatement au-dessus de lui. On traverse la muqueuse et le cartilage triangulaire. La rugine de Joseph, enfoncée dans l'incision, sépare le cartilage de son périchondre externe puis, plus haut, les os nasaux de leur périoste. La charpente ostéo-cartilagineuse est entièrement mise à nu par la rugine qui travaille successivement à droite et à gauche, dégageant bien la ligne médiane, remontant jusqu'à la racine du nez et descendant jusqu'à sa pointe. Pour ce travail de dénudation, point n'est besoin d'y voir ; la main gauche surveille à travers la peau le travail de la rugine.

b) *Section de l'os.*

Le rabot rétrograde est enfoncé dans la plaie opératoire et conduit jusqu'au dessus du point que l'on veut attaquer. Il est alors attiré vers le bas de façon à mordre sur l'os. A ce moment, quelques coups donnés avec la masse de Lombard sur la branche coudée du rabot suffisent à détacher une épaisseur d'os plus ou moins considérable. Il est très important de bien maintenir la direction du rabot pendant ce temps opératoire. Pour cela, l'opérateur tient d'une main l'ailette latérale du rabot et, de l'autre, à travers la peau, fixe la lame du rabot contre la surface osseuse. L'aide donne de légers coups de marteau.

c) *Section du cartilage.*

Les écarteurs de Joseph sont mis en place au travers des incisions intéressant les deux plis vestibulaires. Autant que possible sous le contrôle de la vue, le bistouri coudé de Joseph, bien aiguisé, est placé au-dessus du segment cartilagineux à réséquer ; on découpe de haut en bas un lambeau cartilagineux suffisant pour modeler le cartilage sur l'alignement de la surface osseuse corrigée au temps précédent.

d) *Toilette de la plaie.*

Pour enlever les débris osseux qui peuvent rester dans la plaie, faire un lavage au sérum physiologique préalablement tiédi, avec une poire anglaise. Enlever aux ciseaux pointus les bouts de tissus fibreux qui peuvent pendre dans la plaie.

e) *Soins consécutifs.*

Mieux vaut ne pas mettre de mèche, ce qui pourrait

favoriser l'infection. Pas de pansement. Dans chaque narine quelques gouttes d'argyrol à 1/100^e. Si, le lendemain, il y a un œdème marqué de la région nasale, quelques compresses chaudes seront mises à demeure.

Il faut d'ailleurs prévenir le malade de la persistance probable de l'œdème pendant une quinzaine de jours.

Nous croyons utile de rapporter, après la description de la technique opératoire des nez cyphotiques, l'observation fournie très aimablement par notre maître,

M. Rouget, d'une malade qu'il a opérée dans le service de consultation d'O.-R.-L. de la Pitié.

OBSERVATION N° 1

Mlle D***, âgée de 24 ans, vint consulter, le 16 Janvier 1922, le Docteur Rouget à la consultation de la Pitié. Elle désirait faire disparaître une bosse osseuse intéressant la partie médiane de l'arête nasale. L'opération eut lieu deux jours après. Badigeonnage avec une solution de cocaïne à 1/10^e et injection endo-nasale en différents points d'une solution de novocaïne à 2/100^e.

Incision de la muqueuse nasale au-dessus du pli vestibulaire dans chaque narine. Décollement minutieux à la rugine jusqu'à la racine du nez. Grâce aux deux écarteurs de Joseph faisant **valve**, l'opérateur put se rendre compte exactement de l'état réel des déformations osseuses. M. Rouget n'eut pas recours à la gouge, mais avec la simple rape de l'instrumentation de Luc, il lui fut permis d'abraser complètement le relief osseux et d'obtenir un nez complètement rectiligne.

M. Rouget lava la plaie avec du sérum physiologique tiédi et mit dans chaque narine une mèche au collargol. Un œdème assez accentué persista pendant une huitaine de jours et, au bout de ce laps de temps, un très satisfaisant résultat opératoire était obtenu.

Au cours de cette intervention, M. Rouget avait insisté sur le fait suivant : il lui avait semblé préférable, par crainte de

fissures osseuses, de substituer à l'emploi de la gouge et du maillet, celui de la rape. Le malade est moins ébranlé et la rape est d'un maniement plus facile pour l'opérateur.

La seconde observation de cette modeste étude nous a été fournie par M. le Docteur Bourguet.

OBSERVATION N° II

Maurice L***, 33 ans, vient nous voir en Décembre 1921 pour que nous lui fassions disparaître une bossè osseuse intéressant la partie médiane de l'arête nasale.

Opération le 6 décembre 1921. Anesthésie locale. Incision endo-nasale bilatérale au niveau de l'orifice piriforme. Le bistouri va sentir la face antérieure de l'os propre et de la branche montante du maxillaire supérieur. Une autre incision est pratiquée de l'autre côté de la cloison d'arrière en avant. Elle sectionnera le cartilage triangulaire et le séparera du cartilage quadrangulaire. Un ciseau très fin, bien tranchant, est appliqué sur l'arête nasale en avant de la base et, au moyen de plusieurs coups frappés sur le ciseau par un aide, elle est enlevée d'avant en arrière.

Pansements humides et chauds sur le nez. Le lendemain, œdème assez accusé intéressant même les paupières inférieures. Au bout de quatre jours, l'œdème a disparu et l'opéré peut sortir le 6^e jour avec une arête nasale très droite.

II. — TRAITEMENT DU NEZ AQUILIN

Le nez aquilin, nez long, nez pointu, ne demande que très rarement les secours de la chirurgie esthétique. On en obtiendra le racourcissement, d'après M. Bourguet, en pratiquant des resections par voie endo-nasale, non seulement de la cloison, mais encore du cartilage des ailes du nez.

Cette resection devra être limitée et progressive, car une destruction trop étendue de l'un ou l'autre risque-

rait de substituer au nez aquilin un nez en bec de canard.

Etant donné le caractère exceptionnel de cette intervention, nous ne croyons pas utile d'en décrire les principaux temps.

III. — TRAITEMENT DES NEZ ÉPATÉS

Le traitement consiste en une diminution de largeur de la racine d'implantation de la pyramide nasale.

Pour ce faire, J. Joseph conseille de pratiquer de la façon suivante :

Incision du revêtement cutané interne du vestibule, puis, décollement du périchondre et du périoste sur les deux faces, interne et externe, des os propres et de la branche montante. On pratique alors, soit avec la scie coudée de cet auteur, soit avec une gouge en queue d'hirondelle, une ostéotomie bi-latérale partant de l'échancrure piriforme et portant sur la branche montante pour rejoindre en haut l'articulation des os propres avec le frontal.

Cette manœuvre étant réalisée, on se rend compte que, par simple pression, les os propres se rapprochent aisément. Ils reprennent leur situation primitive dès que la pression s'arrête. C'est pourquoi Joseph recommande une disjonction des deux os propres sur la ligne médiane soit par un trait de scie, soit par une dislocation prudente obtenue par simple pression.

Cette mobilisation suffisante obtenue, on modèle le nez à l'aide d'un petit appareil " conçu sur le principe du pince-nez ".

Cet appareil, constitué par deux petites lames solides (métalliques ou en ébonite), dont l'écartement est réglé

par une vis de pression ou par un ressort, peut être maintenu par un bandeau croisant la face et passant sous les oreilles.

On peut également utiliser un appareil basé sur le même principe, mais à pression réglable pour chaque côté grâce à des ressorts prenant leur point fixe sur un bandeau frontal.

Cette prothèse doit être portée par l'opéré à partir du troisième ou quatrième jour de l'opération, dès que le gonflement post-opératoire a disparu, une heure chaque soir, aussi longtemps que la brèche osseuse n'est pas comblée par le cal (six semaines), et que les os restent mobilisables.

CHAPITRE V

Traitement des difformités par défaut

I. — TRAITEMENT DU NEZ EN SELLE

Nombreuses sont les thérapeutiques qui ont été proposées pour le traitement des nez en selle. Il est rare que les déformations congénitales atteignent le degré intense des déformations pathologiques, toutefois nous envisagerons leur traitement, car les règles qui guident leur thérapeutique sont indentiques aux lois qui régissent le traitement des difformités congénitales.

Sans vouloir faire dans cette thèse une étude chronologique complète des différents traitements, on peut grouper les diverses méthodes thérapeutiques en trois classes :

- LES INJECTIONS PLASTIQUES ;
- LES OPÉRATIONS PAR VOIE EXTERNE ;
- LES OPÉRATIONS PAR VOIE ENDO-NASALE.

A) *Les injections plastiques.*

Dans un excellent travail : *Critique des injections prothétiques*, M. G. de Cazeneuve fait le procès des injections de vaseline, la première substance employée par Gersung dont le point de fusion trop bas, la consistance trop molle, la surfusion qu'elle présente souvent,

font que cette substance ne peut satisfaire aux qualités d'une injection plastique qui doivent être la solidité et la fixité. C'est pourquoi Ekstein eut recours à la paraffine ; mais la paraffine normale fond à 78° ; il faut donc la rendre plus fusible de façon qu'elle soit liquéfiée à une température non nocive pour les tissus et qu'elle reste toujours solide aux maxima thermiques que peut présenter le sujet.

Il faut pour cela que cette paraffine soit liquide entre 45° et 50°. On avait imaginé des seringues de multiples modèles dont le corps de pompe était entouré d'un manchon ou d'un système calorique destiné à maintenir la paraffine en fusion pendant le temps de l'injection. Telles sont les seringues de Delangre, de Karewsky, où la chaleur était maintenue par une circulation d'eau chaude ; la seringue de Violet, qui était entourée d'une gaine à chauffage électrique. Mais ces seringues n'empêchent pas la solidification de se produire dans l'aiguille. Ekstein proposait de parer à cet inconvénient en aspirant dans l'aiguille, avant l'injection, une petite quantité d'eau. C'est le " procédé de l'eau ", d'Ekstein.

M. Lermoyez recommandait de surveiller la stérilisation de la paraffine. Il avait construit, à cet effet, une chaudière, étuve à paraffine à 60°, qui permettait de préparer toute l'instrumentation et d'opérer ainsi sans heurt et sans à-coup.

Plus récemment (1907), M. Mahu a préconisé l'injection de paraffine à froid. Cette paraffine fusible à 75° est placée dans un trocart dont le mandrin l'expulse progressivement grâce à un dispositif imaginé par cet auteur. La seringue de M. Mahu permet d'exercer une force considérable sans effort et de graduer ainsi les dépôts de paraffine suivant les besoins de la correction

à effectuer. Ces injections, dont les techniques, décrites en France et à l'étranger, sont nombreuses, mais au fond concordantes, doivent être pratiquées de la façon suivante :

La désinfection du champ opératoire doit être aussi rigoureuse que pour une intervention chirurgicale. Bien que l'on s'accorde en général pour reconnaître que ces injections déterminent un minimum de douleur, la majorité des auteurs conseille une anesthésie locale préventive.

Un aide, plaçant deux doigts de chaque côté de la racine du nez, empêchera la diffusion de la pâte plastique.

L'aiguille étant enfoncée directement au contact de l'os, sera poussée jusqu'à la racine du nez. La substance plastique sera alors déposée progressivement en retirant l'aiguille. L'opérateur dosera et modèlera la paraffine de façon à obtenir, autant que possible, la correction nécessaire, sans toutefois dépasser deux centimètres cubes de paraffine.

L'aiguille retirée, on mettra sur l'orifice de ponction un pansement au collodion. Il peut se produire, dans les jours qui suivent l'injection, un œdème et une réaction inflammatoire légère et essentiellement transitoire qui cède à une simple application de pansement humide chaud.

Après avoir joui pendant longtemps d'une vogue universelle, ce procédé, qui expose à des inconvénients, fut battu en brèche par Ekstein qui en était un des promoteurs.

En effet, en 1906, Huthoff rapportait l'observation d'un malade chez lequel, après une injection correctement effectuée, la paraffine avait diffusé dans les paupières,

les avait envahies, et avait entraîné une occlusion des yeux absolument irréductible ayant nécessité la résection des paupières.

Kœnig, en 1907, rapportait un cas d'amaurose due à une thrombose de l'artère centrale de la rétine. Enfin on a signalé des tumeurs inflammatoires développées au niveau de la masse incluse (Morestin). Ces accidents déterminèrent les chirurgiens esthétiques à revenir aux procédés sanglants décrits déjà par Charles Nelaton.

B) Traitement chirurgical par voie externe.

La technique en est rapportée par Berger à la séance de la Société de Chirurgie du 5 Juillet 1905.

Premier temps. — Incision de 3 centimètres sur la ligne médiane du front, un peu au-dessus de la racine des sourcils préalablement rasés, incision comprenant même le périoste et conduite à fond jusqu'à l'os. Introduction au fond de cette incision d'une rugine avec laquelle, cheminant entre l'os et le périoste, on décolle celui-ci et on dénude la racine du nez et la face dorsale des os du nez. Arrivé à l'extrémité inférieure du squelette des os du nez, on substitue à la rugine, dont le tranchant risquerait de désinsérer les cartilages du nez ou de blesser la muqueuse nasale ou la peau, une spatule avec laquelle on achève le décollement des téguments du nez jusque près de la pointe de celui-ci.

On ne s'arrête que quand on a complètement et très largement décollé les téguments du squelette ostéo-cartilagineux du nez sur toute la ligne médiane et sur une partie des faces latérales. Pour s'assurer que la cavité créée de la sorte est assez spacieuse, on introduit, par la plaie frontale, une pince que l'on ouvre à plusieurs re-

prises, agissant avec elle comme avec l'instrument qui sert à ouvrir les gants.

On arrête, par une compression soutenue, pendant un bon quart d'heure, l'écoulement sanguin.

Deuxième temps. — Par le procédé décrit par “ Nelaton et Ombredanne ” dans son traité de *Rhinoplastie*, on découvre, par une incision courte, le cartilage de la 8^e côte gauche ou droite dans toute son étendue. On en isole la face superficielle, puis la face profonde, on libère sa pointe et on le détache de haut en bas en le rasant de près avec le bistouri jusqu'à son insertion costale où on le sectionne. On transporte alors le cartilage sur une petite table où l'on a réuni l'instrumentation nécessaire ; on le dépouille de son périchondre, on lui donne la longueur, l'épaisseur, la largeur, la forme qui ont été prévues et déterminées d'avance.

Troisième temps. — Il ne reste plus, en le saisissant avec des pinces par son extrémité supérieure, qu'à l'introduire, par la plaie frontale, dans le décollement que l'on a provoqué entre le périoste et les segments d'une part, et le squelette ostéo-cartilagineux du nez et de l'y pousser à fond. Puis, après avoir le plus possible exprimé les caillots qui y restent, on ferme la plaie frontale par une simple compression établie par un pansement stérilisé, en s'assurant que les bords de la plaie frontale sont bien parallèlement juxtaposés, et sans employer aucune espèce de suture.

Quatrième temps. — On ferme la plaie constituée par l'extirpation du cartilage costal. On y laisse pour quelques jours un petit drain. (La chirurgie moderne, strictement aseptique, permet de supprimer le drain).

Des compresses d'eau glacée sont aussitôt placées sur le nez ; on change le pansement frontal le lendemain et on le supprime au bout de quatre à cinq jours.

La plaie frontale se réunit sans presque laisser de traces ; on peut juger de la force, de la solidité, de la rectitude, de l'épaisseur de l'arête du nez ainsi obtenue et de la forme parfaite et tout à fait romaine qu'ont les nez des sujets qui ont subi cette opération.

Cette technique est celle qui a été utilisée le plus souvent en France par MM. Morestin et Sebileau en y adjoignant, dans les cas de déformation trop accentuée, une modification qui consiste dans la nature du greffon, lequel est osseux (lamelle de la crête tibiale) au lieu d'être cartilagineux.

Nous rappellerons, pour mémoire, les inclusions de fragments de paraffine solide préconisés par Ekstein.

Mais ces dernières méthodes imposent une cicatrice cutanée qui, pour minime qu'elle soit, doit être de préférence évitée dans une manœuvre de chirurgie esthétique.

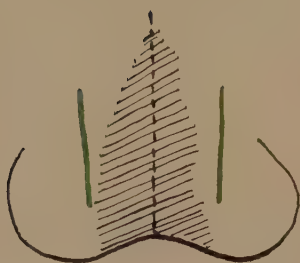
C'est pourquoi les tendances de l'heure présente, donnent leur préférence à la chirurgie endo-nasale.

C) *Traitement par voie endo-nasale.*

J. Joseph divise les cas d'ensellure en deux degrés.

a) *Nez en selle peu accentué* : pour corriger ces petites dépressions, Joseph prélève des bandelettes, soit du cartilage de la pointe, soit du cartilage quadragulaire. Ces bandelettes doivent être munies de leur périchondre. Une incision muqueuse permet d'aller les insinuer dans la dépression et de combler celle-ci.

b) *Pour les déviations de moyen degrés* : dans ce cas, Joseph opère de la façon suivante : il prélève, à la scie



1



2



3



4



5



6

Des temps principaux de l'opération du "Nez de Chien"

Les hachures noires de la figure 1 montrent la dépression longitudinale du "Nez de Chien"; les hachures vertes de la figure 3 les excisions de la peau.

coudée de son instrumentation, un greffon comprenant l'apophyse frontale du maxillaire supérieur. Il le maintient à l'aide d'une pince de Pean et, toujours par voie sous-muqueuse, il l'inclut au niveau de l'ensellure.

Ce procédé, dit l'auteur, a ainsi l'avantage de corriger dans une même opération le nez en selle et l'élargissement basal de la pyramide qui l'accompagne d'une façon presque constante.

II. — TRAITEMENT DU NEZ DE CHIEN

La seule technique que nous ayons retrouvée pour le traitement de cette difformité est celle de Joseph, dite *élévation plastique en coin*.

On fait, de chaque côté du sillon médian, des incisions cutanées parallèles, traversant le tissu graisseux cutané pour se rejoindre dans la profondeur. On libère ainsi un lambeau prismatique qui reste adhérent par ses extrémités inférieure et supérieure. Passant alors un fil en anse au travers des narines, on rapproche dans la profondeur les versants latéraux. Le lambeau prismatique est maintenant à l'étroit dans son lit. Le rapprochement ainsi obtenu fait surplomber à l'extérieur la base du prisme. On amincit alors ces bords surélevés par des excisions sous-cutanées peu étendues. On suture les deux lèvres cutanées qui doivent s'affronter alors simplement et on obtient ainsi une correction parfaite de la difformité pré-existante.

CHAPITRE VI

Traitement des difformités par vice d'articulation

La scoliose peut porter sur la pyramide osseuse ou affecter seulement l'auvent cartilagineux.

A) *Déviation de l'auvent cartilagineux.*

Dans ces cas, une simple résection sous-muqueuse de la cloison, suivie d'un appareil prothétique correcteur, donnera le plus souvent un résultat esthétique satisfaisant. Sinon on pourra lui adjoindre une résection de l'aile du nez qui est la plus large.

B) *Déviation de la pyramide osseuse.*

Ces déviations ont été abordées par voie externe et par voie endo-nasale. A l'heure actuelle, cette dernière seule doit subsister.

a) S'il s'agit d'une simple exostose unilatérale, il est facile d'aller la détruire par voie endo-nasale à la gouge ou à la râpe.

b) Beaucoup plus intéressante est la déviation totale que l'on doit, à l'heure actuelle, aborder par voie interne. La technique que l'on emploiera est identique à celle que nous avons exposée plus haut pour le traitement des nez épatés. La seule différence est que, du côté vers

lequel le nez est dévié, on se contentera d'une simple ostéotomie linéaire de la branche montante ; du côté opposé, il faudra adjoindre à cette ostéotomie une résection cunéiforme dont l'étendue sera naturellement en rapport avec le degré de la déviation à corriger.

Ultérieurement, on appliquera une prothèse de redressement identique à celle décrite précédemment.

Dans certains cas, la mobilisation de la pyramide osseuse nécessite, pour être complète, une fracture de l'articulation naso-frontale. On peut utiliser, pour ce temps, soit la pince décrite par Claude Martin, de Lyon, soit, suivant la technique de Joseph, reprise plus récemment par Bourguet, réaliser cette fracture à l'aide d'un maillet frappant sur une " pièce métallique (rhinoclaste) dont l'extrémité large et concave s'applique sur la portion à redresser. "

Ceci, à seule fin de localiser le choc du maillet et de protéger le globe de l'œil.

CONCLUSIONS

I. — Les difformités nasales congénitales, pour multiples qu'elles soient, peuvent se ramener à trois types :

Anomalies par excès ;

Anomalies par défaut ;

Anomalies par vices d'articulation.

II. — Le traitement de ces différentes difformités, étant entrepris dans un but cosmétique, ne doit comporter, autant que possible, aucune cicatrice visible.

III. — Dans l'état actuel des techniques chirurgicales où l'on peut réaliser une antiseptie parfaite des fosses nasales et grâce à une asepsie opératoire rigoureuse, on doit donner la préférence à la voie endo-nasale.

IV. — La voie externe doit être réservée à deux variétés :

D'une façon constante aux nez de chien ;

Dans certains cas aux nez en selle lorsque la déviation nécessite le transplant d'un greffon cartilagineux ou osseux prélevé à distance.

V. — Dans le traitement des nez cyphotiques, avec bosse nasale peu accentuée, l'emploi de la rape de Joseph doit être préféré à la gouge comme étant moins mutilant.

VI. — Les réactions inflammatoires, les ecchymoses qui succèdent à l'intervention sont essentiellement transitoires et n'ont jamais compromis en rien le résultat esthétique.

VII. — Les injections de paraffine ne présentent que des indications d'exception ou lorsque le malade se refuse à une intervention sanglante.

Vu : *Le Doyen*
ROGER.

Vu : *Le Président de la thèse,*
P. SEBILEAU ✱

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
APPELL.

BIBLIOGRAPHIE

- Beck Joseph.** — Revue de 25 ans d'observations en chirurgie plastique avec étude particulière de la rhinoplastie. (*The Laryngoscope*, juillet 1921, pages 486-491).
- Berger M.** — Restauration de l'arête du nez en selle par un transplant cartilagineux, méthode de Nélaton. (*Société de Chirurgie*, séance du 5 Juillet 1905, p. 680).
- Bourguet J.** — Correction chirurgicale des nez disgracieux sans cicatrice extérieure. (*Paris-Médical*, mars 1914).
- Chirurgie esthétique du nez. (*Société de Médecine de Paris*, avril 1920, décembre 1920, mai 1921).
- Brœckaert.** — Injections de paraffine. (*Société Belge d'otologie et de laryngologie*, 1^{er} juin 1902).
- Contribution au traitement chirurgical de l'hypertrophie du nez. (*Presse oto-laryngologique belge*, n° 3, 1908).
- Carter.** — Correction des difformités nasales par greffe osseuse ; amélioration de la technique. (*Revue de journaux, the laryngoscope*, vol. xxix, n° 8, août 1919, pages 476-479).
- Dufourmentel.** — La chirurgie faciale en 1921. (*La Médecine*, oct. 1921, n° 1, page 57).
- Eckstein.** — Sur les injections et les implantations de paraffine dans les plastiques nasales et faciales. (*Société Médicale de Berlin*, 1906).
- Gérard.** — Manuel d'anatomie humaine, page 650.
- Goodwillier D.-H.** — Traitement chirurgical des déformations externes du nez. (*Académie de Médecine de New-York*, 25 Avril 1900).
- Joseph Jacques.** — Rapetissements opératoires du nez. (*Revue de Chirurgie*, janv.-juin 1904, p. 676 ; xxxiii^e Congrès de la Société Allemande).

Katz. — Handbuch die speziellen Chirurgie des ohres und der oberen Luftwege.

Koch Fritz. — Méthode de correction de la forme du nez sans cicatrice. (*Archives Internationales de laryngologie*, jan.-fév. 1914, p. 49).

Koenig. — Un méfait de la prothèse paraffinique. (*Société d'O. R. L. de Paris*, 7 juin 1906).

Laurens P. — Chirurgie esthétique du nez. (*Bulletin d'O. R. L.*, mai 1921, page 127).

Mahu. — Annales des maladies de l'oreille, 1908, t. 1., p. 435.

Morestin M. H. — Effondrement asymétrique de la racine du nez d'origine syphilitique. Correction de la difformité par une greffe du cartilage costal. (*Société de Chirurgie*, séance du 15 Mai 1912).

— Tumeurs inflammatoires consécutives à des injections cosmétiques. (*Société de Chirurgie*, séance du 13 Mai 1908).

Moulonguet. — Technique de plastique nasale. Traitement de cyphoses nasales. (*Annales des maladies de l'oreille*, n° 1, 1922, p. 71).

Nelaton et Ombredanne. — La Rhinoplastie. (*Bulletin des Mémoires de la Société de Chirurgie*, 1900).

Richet. — Traité pratique d'anatomie chirurgicale, Paris 1865.

Richet. — Dictionnaire encyclopédique. Art. : nez, p. 8, t. 65.

Trendelenburg. — Opération de redressement du nez. (*Congrès Allemand de Chirurgie*, 1889).

Sebileau P. — Prothèse nasale métallique. Mécanisme de l'élimination de l'appareil. (*Bulletin de la Société de Chirurgie*, 20 mai 1903, page 546).

Sedfridge. — Chirurgie esthétique du nez. (*The laryngoscope*, vol. xxxi, n° 6, juin 1921).

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION.....	9
CHAPITRE I. — Anatomie du squelette de la pyramide nasale	13
— II. — Classification des difformités nasales	17
— III. — Des règles générales qui doivent présider au traitement de ces difformités nasales.	21
— IV. — Traitement des difformités par excès....	25
— V. — Traitement des difformités par défaut ...	31
— VI. — Traitement des difformités par vice d'ar- ticulation	39
Conclusions	41
Bibliographie	43

IMPRIMERIE CARNET — MIRECOURT
